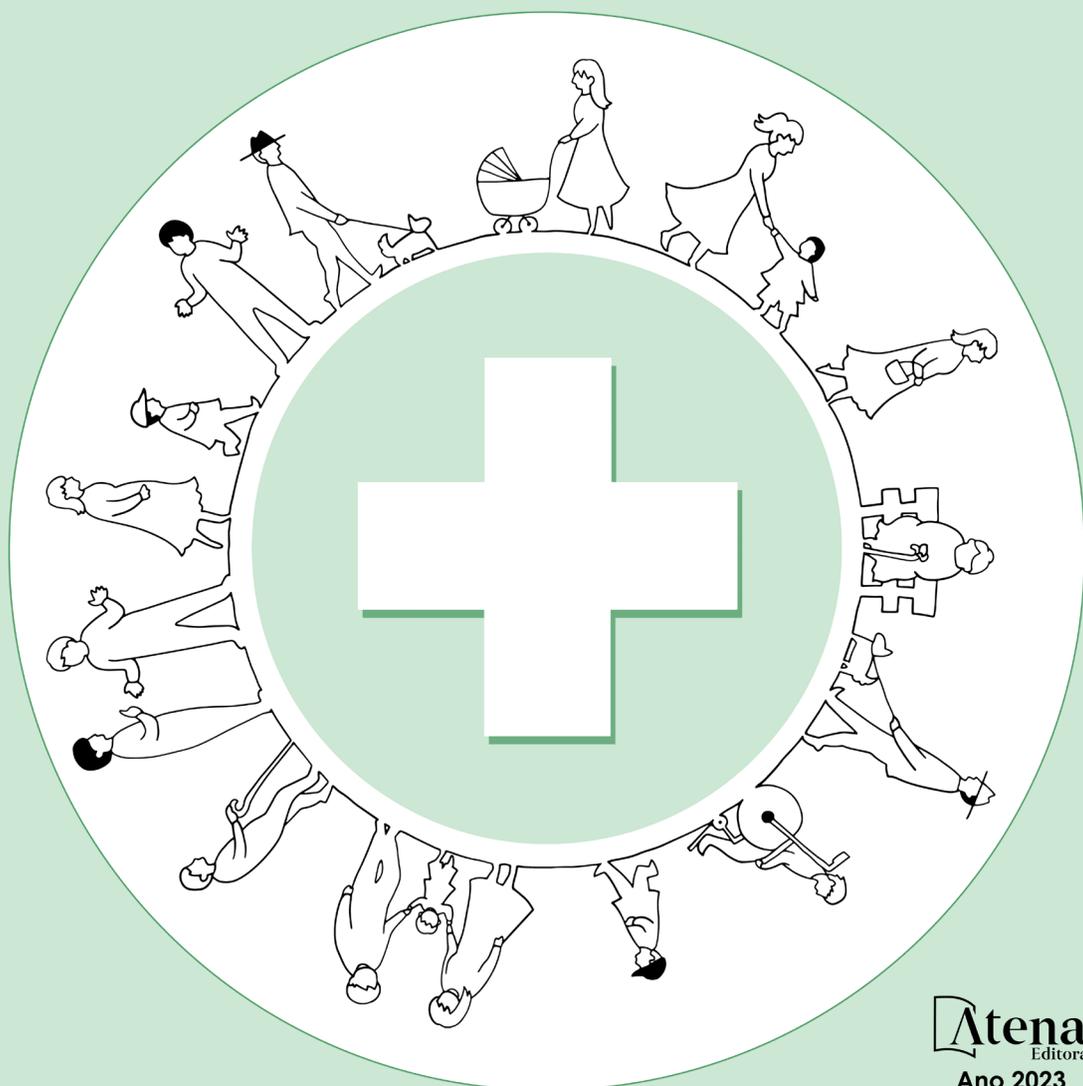


Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti
(Organizadora)

SAÚDE COLETIVA:

Mudanças, necessidades e embates
entre sociedade e estado 2



Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremona

Luiza Alves Batista

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2023 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2023 Os autores

Copyright da edição © 2023 Atena

Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena

Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-Não-Derivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Biológicas e da Saúde

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Camila Pereira – Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto

Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
 Profª Drª Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes
 Prof. Dr. Davi Oliveira Bizerril – Universidade de Fortaleza
 Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
 Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
 Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
 Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
 Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
 Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
 Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
 Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
 Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
 Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
 Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
 Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
 Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
 Prof. Dr. Guillermo Alberto López – Instituto Federal da Bahia
 Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
 Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
 Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
 Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Delta do Parnaíba – UFDP
 Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
 Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
 Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
 Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
 Profª Drª Kelly Lopes de Araujo Appel – Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal
 Profª Drª Larissa Maranhão Dias – Instituto Federal do Amapá
 Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
 Profª Drª Luciana Martins Zuliani – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
 Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
 Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
 Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
 Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
 Prof. Dr. Max da Silva Ferreira – Universidade do Grande Rio
 Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
 Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
 Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
 Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
 Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
 Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
 Profª Drª Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
 Profª Drª Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
 Profª Drª Taísa Ceratti Treptow – Universidade Federal de Santa Maria
 Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
 Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
 Profª Drª Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Saúde coletiva: mudanças, necessidades e embates entre sociedade e Estado 2

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Maiara Ferreira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadora: Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)	
S255	<p>Saúde coletiva: mudanças, necessidades e embates entre sociedade e Estado 2 / Organizadora Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2023.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-258-1043-0 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.430231502</p> <p>1. Saúde pública. 2. Saúde coletiva. I. Cavalcanti, Soraya Araujo Uchoa (Organizadora). II. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDD 362.1</p>
Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

A coletânea *Saúde coletiva: Mudanças, necessidades e embates entre sociedade e estado 2* é composta por 10 (dez) capítulos produtos de pesquisa, revisão integrativa, relato de experiências, dentre outros.

O primeiro capítulo apresenta a análise da evolução do saneamento no Brasil no período de 1530 a 2020, discutindo os principais marcos do setor correlacionados com o contexto histórico brasileiro. O segundo capítulo, por sua vez, discute as *conexões históricas da Geografia Médica a partir do Centro de Referência em Leishmaniose do Baixo Sul da Bahia no período de 1986 a 2017*.

O terceiro capítulo discute as políticas públicas vinculadas ao *Ministério da Saúde, relacionadas à saúde do homem idoso*, conectadas às questões de gênero e sexualidade na velhice. O quarto capítulo, por sua vez, discute os *fatores associados ao não cumprimento do esquema vacinal de crianças* no período de 2015 a 2020.

O quinto capítulo apresenta os resultados da análise dos *dados da incidência de focos de calor no município de Humaitá no Estado do Amazonas no período de 1998 a 2021*. O sexto capítulo, por sua vez, discute os resultados de *estudos com plantas e extratos das espécies Camu-camu, Anredera Cordifolia e tucumã* acerca do *efeito terapêutico quanto ao aspecto de tratamentos dermatológicos e também ações anti-inflamatórias*.

O sétimo capítulo discute os resultados da análise da *completude e qualificação das fichas de notificação dos Acidentes de Trabalho registradas no SINAN em Recife* no ano de 2019. O oitavo capítulo, por sua vez, apresenta a vivência na de um Residente em Saúde Coletiva no acompanhamento e implementação de *grupo operativo para manejo do estresse laboral dos trabalhadores da guarda municipal do Recife*.

O nono capítulo apresenta os resultados da análise das *percepções dos adolescentes com deficiência visual acerca de sua sexualidade, reflexões sobre sua vida, sonhos e projetos* através de oficinas desenvolvidas em uma Unidade Oftalmológica. E finalmente o décimo capítulo discute os resultados da análise da *qualidade de uma amostra de álcool gel ofertado para população, tendo como base ensaios do estudo de estabilidade*.

Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti

CAPÍTULO 1 1**UMA PERSPECTIVA DA EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO SANEAMENTO NO BRASIL**

Cristiane Gracieli Kloth

Flávio José Simioni

Rubens Staloch

Viviane Trevisan

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4302315021>**CAPÍTULO 237****O CENTRO DE REFERÊNCIA EM LEISHMANIOSE DO BAIXO SUL DA BAHIA (1986-2017): CONEXÕES HISTÓRICAS COM A GEOGRAFIA MÉDICA BRASILEIRA**

Ismael Mendes Andrade

Bárbara Carine Soares Pinheiro

Sandra Noemi Cucurullo de Caponi

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4302315022>**CAPÍTULO 363****ABORDAGENS SOBRE GÊNERO E SEXUALIDADE NAS POLÍTICAS DE SAÚDE DO HOMEM IDOSO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Rodrigo Domingos de Souza

Márcia Maria de Medeiros

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4302315023>**CAPÍTULO 476****FATORES RELACIONADOS À BAIXA COBERTURA VACINAL EM CRIANÇAS: REVISÃO INTEGRATIVA**

Rebeca Brito dos Santos

Davi da Silva Nascimento

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4302315024>**CAPÍTULO 586****ANALISE DO NÚMERO DE FOCOS DE CALOR E REALIZAÇÃO DO ZONEAMENTO DE RISCO DE INCÊNDIOS FLORESTAIS NO MUNICÍPIO DE HUMAITÁ PERTENCENTE A REGIÃO SUL DO ESTADO DO AMAZONAS**

José Wilson Pereira Gonçalves

Raquel de Souza Praia

Midian Barbosa Azevedo

Fabrícia da Silva Cunha

Rogério Fonseca

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4302315025>**CAPÍTULO 695****POTENCIAL TERAPÊUTICO DA FLORA AMAZÔNICA ENFATIZADO PELAS**

FORÇAS DE SEGURANÇA E PESQUISA: GERONTEC E DA UFSM

Orleilso Ximenes Muniz
 Helyanthus Frank da Silva Borges
 Alexandre Gama de Freitas
 Noeme Henriques Freitas
 Raquel de Souza Praia
 Midian Barbosa Azevedo
 Fabrícia da Silva Cunha
 Warllison Gomes de Sousa
 Euler Esteves Ribeiro
 Ivana Beatrice Mânica da Cruz
 Fernanda Barbisan
 Ciro Felix Oneti

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4302315026>

CAPÍTULO 7 102**AVALIAÇÃO DA COMPLETUDE E QUALIFICAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DOS ACIDENTES DE TRABALHO REGISTRADAS NO SINAN-RECIFE, PERNAMBUCO**

Taciana Mirella Batista dos Santos
 Geysler Paes Barreto Ribeiro
 Josineide de Sousa Vieira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4302315027>

CAPÍTULO 8 122**O MANEJO DO ESTRESSE LABORAL EM GUARDAS MUNICIPAIS DO RECIFE-PE: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Ricardo da Silva Pereira
 Alcieros Martins da Paz
 Silvana do Rosário Menino da Costa
 Taciana Mirella Batista dos Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4302315028>

CAPÍTULO 9 132**FLORESCEM: OS DESAFIOS DOS ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA VISUAL**

Nathalia Gama Puppim
 Ilana Deyse Rocha Leite
 Jacqueline Farias de Albuquerque
 Layanne Silva de Lima Amorim
 Livia Maria Lima Barbosa
 Lucyara Silveiras dos Santos,
 Sandra Ávila Cavalcante
 Thaynã Nhaara Oliveira Damasceno

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4302315029>

CAPÍTULO 10..... 140

**ÁLCOOL GEL PARA COMBATE AO COVID-19: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE
COM BASE NO ESTUDO DE ESTABILIDADE**

Leticia Minervino da Silva
Fernanda Fernandes Farias
Ellen Gameiro Hilinski
Maria Cristina Santa Bárbara

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.43023150210>

SOBRE A ORGANIZADORA 147

ÍNDICE REMISSIVO 148

O CENTRO DE REFERÊNCIA EM LEISHMANIOSE DO BAIXO SUL DA BAHIA (1986-2017): CONEXÕES HISTÓRICAS COM A GEOGRAFIA MÉDICA BRASILEIRA

Data de submissão: 09/01/2022

Data de aceite: 01/02/2023

Ismael Mendes Andrade

Universidade Federal da Bahia
Faculdade de Educação
Salvador – Bahia
<https://orcid.org/0000-0003-2183-8745>

Bárbara Carine Soares Pinheiro

Universidade Federal da Bahia
Instituto de Química
Salvador – Bahia

Sandra Noemi Cucurullo de Caponi

Universidade Federal de Santa Catarina
Departamento de Sociologia e Ciência
Política
Florianópolis – Santa Catarina

RESUMO: O Centro de Referência em Leishmaniose (CRL) teve sua fundação em 1986, atualmente é uma unidade do Sistema Único de Saúde (SUS) em parceria com Universidade Federal da Bahia, Associação da União dos Moradores do Povoado de Corte Pedra e o município de Presidente Tancredo Neves, Bahia. Portanto, o objetivo deste trabalho é apresentar conexões históricas da Geografia Médica a partir do Centro de Referência em Leishmaniose do Baixo Sul da Bahia no período de 1986 a 2017. Este trabalho consta da

pesquisa histórica baseada em análise de documentos do Centro de Referência em Leishmaniose e referenciais teóricos sobre a Geografia Médica. Os resultados mostram a existência de conexões do CRL e com os pesquisadores da Universidade de Brasília (UnB) que vieram realizar estudos sobre a geografia médica da Leishmaniose para seus trabalhos de conclusão de curso (dissertação e tese), e que posteriormente, orientaram a comunidade e participaram efetivamente do movimento e da organização da associação para implantação do CRL que possibilitou atender à população acometida pela Leishmaniose, mesmo antes da existência do SUS. Contudo, podemos afirmar que o processo histórico do CRL permitiu uma conexão com a Geografia Médica Brasileira, evidenciando as contribuições da pesquisa para a ciência e para a sociedade.

PALAVRAS-CHAVE: Centro de Referência. Leishmaniose Tegumentar. Geografia Médica.

THE REFERENCE CENTER ON LEISHMANIASIS IN THE BAIXO SUL DA BAHIA (1986-2017): HISTORICAL CONNECTIONS WITH BRAZILIAN MEDICAL GEOGRAPHY

ABSTRACT: The Leishmaniasis Reference Center (CRL) was founded in 1986 and is currently a unit of the Unified Health System (SUS) in partnership with the Federal University of Bahia, the Association of the Union of Residents of the Village of Corte Pedra and the municipality of Presidente Tancredo Neves, Bahia. Therefore, the objective of this work is to present historical connections of Medical Geography from the Leishmaniasis Reference Center of Baixo Sul da Bahia in the period from 1986 to 2017. This work consists of historical research based on document analysis of the Leishmaniasis Reference Center and theoretical references on Medical Geography. The results show the existence of connections between the CRL and the researchers from the University of Brasília (UnB) who came to carry out studies on the medical geography of Leishmaniasis for their course conclusion works (dissertation and thesis), and who later guided the community and effectively participated in the movement and organization of the association for the implementation of the CRL, which made it possible to serve the population affected by Leishmaniasis, even before the existence of the SUS. However, we can say that the historical process of the CRL allowed a connection with Brazilian Medical Geography, highlighting the contributions of research to science and society.

KEYWORDS: Reference Center. Cutaneous Leishmaniasis. Medical Geography.

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa é decorrente de uma investigação iniciada desde a graduação em Geografia que resolvi agora historicizar. É, ao mesmo tempo, uma contribuição para a História das Ciências da Saúde e da Geografia Médica Brasileira contada a partir do Centro de Referência em Leishmaniose. Estudar a Geografia Médica é mergulhar na epistemologia das ciências humanas e da saúde, compreendendo que seu processo histórico exige, um aprofundamento teórico voltado para a área das humanidades, especificamente a Geografia, o que possibilita observar as mudanças na dinâmica do espaço geográfico e no processo saúde-doença, por meio das transformações realizada pelo indivíduo. Assim, contar narrativas históricas sobre o processo científico é evidenciar a história da ciência por meio de pesquisa, métodos, fatos do espaço-tempo, conectando, por meio do passado, ações da cientificidade. Para Caponi (2000) e Canguilhem (1989) o processo passado/presente da ciência é validado quando compreendido as razões de sua destruição histórica.

No Brasil, a publicação do primeiro livro da Geografia Médica traz um estudo do médico Carlos Lacaz (1972), uma publicação de cunho mais teórico que aborda a paisagem geográfica e sua relação com saúde-doença. Esse estudo foi realizado no período militar, obtendo pouca interação crítica (discussão) dos determinantes da saúde (alimentação, moradia, renda...), já que não havia na época liberdade de expressão para as críticas sobre intervenção de políticas públicas. Dessa forma, Lacaz visualiza a Geografia Médica como uma disciplina que estuda a patologia a partir dos fatores geográficos.

Ainda sobre a história da Geografia Médica, casos históricos foram citados no estudo de CAPONI (2007) *“a un cuando existieran diversos estudios de geografía médica antes de 1857, Jean Christian Marc Boudin es reconocido como autor de la primera obra sistemática sobre el tema: el Traité de géographie et de statistique médicales et des maladies endémiques”*. Essa obra cita Boudin (1857) com o objetivo definir as relações do espaço geográfico específicos, como o clima, e sua relação com os fenômenos patogênicos. Para Sandra Caponi, a Geografia Médica no Brasil surge da necessidade de investigação comparativas de doenças exóticas e desconhecias nos trópicos, já no período da colonização.

Os processos de mudança histórica da Geografia Médica antes da descoberta da bacteriologia e posterior a ela, ou seja, o presente, permitiram entender melhor a relação do Centro de Referência em Leishmaniose do Baixo Sul e a Geografia Médica Brasileira, por meio da imersão de conexões históricas.

Os registros históricos produzidos pela Associação de União de Moradores de Corte de Pedra e Centro de Referência em Leishmaniose possibilitaram uma investigação mais precisa da implantação do Centro de Leishmaniose e suas evidências sobre as contribuições/relações da Geografia Médica Brasileira e da história da saúde.

Essas considerações remetem a uma questão problema: é possível fazer conexões históricas da Geografia Médica Brasileira a partir do Centro de Referência em Leishmaniose do Baixo Sul da Bahia? Esse questionamento aponta para a importância em discutir o arcabouço da geografia médica, tanto na dimensão espaço-saúde-doença, como epistemológica que contribuirão para o estudo.

PERCURSO METODOLÓGICO

A história emerge de uma epistemologia do entrelaçamento entre objetividade e subjetividade, de explicação e de compreensão (BELENS, 2002; PORTO, 2008). Para Belens (2002) e Porto (2008), o tempo é inseparável do espaço. E se a história depende desses dois elementos para a sua produção, podemos afirmar que história das ciências é feita de descontinuidades, rupturas e retificações sobre o seu tecido de erros para elucidação das questões do passado para o futuro. Nesta direção que se pretende discutir, conexões históricas da geografia médica com o Centro de Referência.

Para esse trabalho, a pesquisa histórica foi baseada na análise de documentos do Centro de Referência em Leishmaniose e da Associação de União de Moradores de Corte de Pedra, além de referenciais teóricos sobre a ciência geográfica e o campo da Geografia Médica sob o ponto de vista das conexões historiográficas.

O ponto de partida é o Centro de Referência em Leishmaniose Doutor Jackson Mauricio Lopes Costa, atualmente registrado no Ministério da Saúde como uma unidade de saúde em referência para tratamento de pessoas acometidas por Leishmaniose.

Essa unidade acolhe também pesquisadores de diversas áreas no estudo relacionado à Leishmaniose Tegumentar Americana. A unidade conta também com uma casa de apoio ao fundo do Centro com toda infraestrutura necessária para acolher profissionais da saúde e pesquisadores que necessitam passar uma temporada realizando atendimento à população.

O Centro de Referência possui salas para consultas, sala de observação, recepção, banheiros, laboratório de análises, sala de curativo, sala de esterilização, sala de teste e sala de reunião. O atendimento médico é de responsabilidade do Hospital das Clínicas da Universidade Federal da Bahia, sendo realizado duas vezes (quinzenalmente) ao mês, nos dias de quinta-feira e sexta-feira.

Este estudo sobre o Centro de Referência procura partir do momento atual e do solo concreto de constituição dos problemas presentes, a fim de percorrer as relações que se formaram em torno da questão problema. Desse modo, trata-se de fazer uma genealogia a partir da criação do Centro de Referência em Leishmaniose que é referência brasileira no cuidado, estudo de casos clínicos e pesquisa relacionada à doença. Portanto, esta pesquisa é de suma importância no estudo da história das ciências correlacionada ao espaço histórico geográfico do Centro de Referência para contribuição da História da Geografia Médica Brasileira.

A opção pela pesquisa histórica nos permitem conhecer e refletir acerca de um fenômeno considerando basilar: o domínio acerca de conceitos e hipóteses, da compreensão das relações da história com o tempo, com a memória ou com o espaço (BARROS, 2013). Nesse sentido, o estudo histórico parte do caso do Centro de Referência para a abordagem 'do caso' da Geografia Médica Brasileira.

Neste contexto, realizou-se levantamento de documentos oficiais, como portaria, resolução, lei relacionado ao Centro de Referência, além de busca de atas de associações de moradores e do próprio Centro e levantamento de documento histórico em órgãos públicos.

A delimitação da área da pesquisa foi o território do Centro de Referência em Leishmaniose Doutor Jackson Mauricio Lopes Costa (CRLDJMLC) localizado no Distrito de Corte de Pedra, Município de Presidente Tancredo Neves, Baixo Sul da Bahia. A pesquisa utilizará fontes documentais da Associação e CRLDJML, além de levantamento de fontes sobre a Geografia Médica.

ABORDAGENS HISTÓRICA DA GEOGRAFIA MÉDICA

O processo histórico da Geografia Médica e seu objeto de estudo narra várias inquietações e discussões sobre o caminho percorrido por esse campo ou especialidade de estudo. Ademais esse processo não é pronto e nem acabado para concluir essa discussão aqui e agora, ao contrário, é um processo contínuo e epistemológico.

A gênese da Geografia Médica tem sua conexão entre Geografia e a Medicina desde a antiguidade, conforme relata Glacken (1990), identificada por meio de correlações entre as diferentes regiões, o meio ambiente, o clima (especialmente) e a saúde dos seres humanos na Antiguidade Clássica na História de Heródoto. Também na Idade Antiga, a obra “Dos Ares, das Águas e dos Lugares”, de Hipócrates (480 a.C.), descrevia a influência das mudanças sazonais, dos climas e dos ventos sobre o corpo humano e suas doenças.

Para Edler (2001), a geografia médica é evidenciada a partir do século XIX, sendo responsável pela produção de importantes inovações no saber médico. Naquela época, na Europa, houver pesquisas que envolveram vários médicos na investigação anatomoclínica, parasitária e da estatística médica no viés da patologia e da terapêutica nos trópicos.

Nesse mesmo período abordado por Edler (2001), começaram a ser produzidos os tratados de climatologia médica, muito utilizados por Maximillien Sorre na elaboração de suas pesquisas, pois se tratavam de estudos elaborados com maior precisão científica que procuravam correlacionar a ocorrência das doenças, direta ou indiretamente, com aspectos da geografia física, especialmente com as variações climáticas (FERREIRA, 1991; EDLER, 2001).

Segundo Caponi (2007, s/p), Jean Christian Marc Boudin é conhecido como o autor da primeira obra sistemática sobre a Geografia Médica, tido como tema: “el Traité de géographie et de statistique médicales et des maladies endémiques”. Boudin e seus seguidores adotam uma mesma linha que é definir relações precisas sobre particularidades geográficas nos diferentes climas e fenômenos patológicos.

Na compreensão de Edler (2001), Boudin (1857; 1842) inaugurou, na França, os estudos que pretendiam focalizar o indivíduo doente nas suas relações com o globo terrestre, tendo em vista a constituição de uma carta nosográfica que abrangesse os limites do ecúmeno, tanto da clínica, estatística como parasitologia, por meio da relação da doença com a climatologia.

Peiter (2005) relata que nos séculos XVI e XVII vários médicos que viajavam para as colônias da Ásia, África e América descreviam, em seus diários, informações sobre as cidades, distritos ou países que haviam visitado, as pessoas e os lugares, as doenças que os afligiam, os métodos locais de tratamentos e as crenças sobre sua causa. Essas descrições ficaram conhecida como médico geográfico, porém, geralmente, não apresentavam uma exatidão quanto à localização e temporalidade dos eventos.

Nesse período, desenvolveu-se a chamada Geografia Colonial em função da necessidade de utilizar a Geografia como instrumento de conquista, herdada de trabalhos produzidos nos séculos XVI, XVII e XVIII pelos exploradores e naturalistas. Assim, o estudo colonial fundamentou a Geografia Médica, pois seu maior desenvolvimento ocorreu a entrada dos países imperialistas nos trópicos, descrito também nos Atlas de Geografia Médica produzidos nessa época, com informações preventivas a serem tomadas pelos exércitos europeus em caso de ocupação militar dos territórios insalubres do mundo

tropical (PEITER, 2005).

Costa e Teixeira (1999) relatam que a aproximação entre o saber médico e a geografia foi impulsionada a partir do século XVI com as grandes navegações gerando descobrimentos que colocaram a necessidade de se conhecer as doenças nas terras conquistadas, visando à proteção de seus colonizadores e desenvolvimento das atividades comerciais. Esses estudos eram marcados pela concepção determinista da geografia sobre a relação indivíduo-natureza, de modo que as características geográficas, principalmente o clima, eram colocadas como responsáveis pela ocorrência das doenças.

Entre o século XVII e XVIII, os médicos concebiam que o ser humano dominava o ambiente com relação as doenças, no sentido do seu controle preventivo, de um lado calculando diferenciais de morbidade em climas quentes e frios, contextos urbanos e rurais, no Antigo e Novo Mundo; e por outro lado, apoiando ações de drenagem, desmatamento, técnicas agrícolas e melhoramentos urbanos, convencidos que já estavam de seus grandes benefícios para a saúde pública. O que resultou também em ensaios pioneiros da Geografia Médica, produzindo discussões detalhadas da distribuição regional das doenças, a partir da aplicação dos recursos cartográficos (PEITER, 2005).

Até meados do século XIX a Geografia Médica foi, portanto, um campo de conhecimento construído por médicos que desconheciam os agentes etiológicos microbianos das doenças. Esses médicos buscavam informações no espaço geográfico para as suas práticas no diagnóstico e cura (EDLER, 2001; PEITER, 2005).

Junqueira (2009) relata que foi a partir do descobrimento das bactérias e parasitas, por Moris Pasteur (1842-1895) e Robert Koch (1843-1910) que ocorreu uma série de transformações nos conhecimentos da Medicina, período esse que ficou conhecido como revolução bacteriológica, o qual serviu de base a uma nova teoria, a Teoria Bacteriana, e também levou a uma reformulação na concepção do processo saúde-doença, fato que refletia no ensino da medicina e no campo de atuação dos médicos.

No final do século XIX, houve um longo declínio nos estudos de Geografia Médica, que se prolongou até a década de 1930, devido à hegemonia da Teoria Bacteriana, cujo principal foco era a Biologia. Assim, a incidência das doenças não era mais relacionada com a natureza, mas sim o corpo humano enquanto meio de proliferação de bactérias que causavam doenças, logo o que se devia fazer era encontrar meios de controlá-las (JUNQUEIRA, 2009; DUTRA, 2011).

Na década de 1930, a Geografia se aproxima da Epidemiologia na busca de estabelecer, para diversas doenças, as suas redes de causalidades; assim a produção de trabalhos é marcada por forte influência das descobertas bacteriológicas. É nesse contexto que se estabelece o paradigma da Tríade Ecológica (humano – agente – ambiente) desenvolvido por Pavlovsky em sua obra “A Teoria dos Focos Naturais das Doenças Transmissíveis”, que estudou o espaço geográfico e sua relação com a doença (JUNQUEIRA, 2009).

O trabalho de Pavlovsky teve grande influência para estudiosos no Brasil, a exemplo do parasitologista Samuel Pessoa, que se inspirou especialmente nos trabalhos de Pavlovsky, criando uma escola de estudos em Geografia Médica no Brasil, no contexto da chamada medicina tropical. Ele estudou as endemias prevalentes no Brasil, também, e especialmente, as transmitidas através de vetores, como esquistossomose, doença de Chagas, filariose, malária etc. (VIEITES, 2007).

Na Segunda Guerra Mundial, a Geografia Médica voltou a ter evidência, já que se tornava fundamental e estratégico o conhecimento das doenças encontradas nos campos de batalha. É nesse período que ocorre a criação da Comissão de Geografia Médica da União Geográfica Internacional - UGI (1949) – sediada em Lisboa (ROJAS, 1998).

No Brasil, os primeiros relatos sobre a distribuição das doenças em seu território foram feitos pelos viajantes estrangeiros e os naturalistas como Thevet, Saint Hilaire, Spix e outros (PESSÔA, 1978).

A partir da década de 1950 o interesse geopolítico pela expansão, interiorização e integração do interior do território brasileiro incentivou estudos de Geografia Médica, que resultaram em pesquisas sobre doenças tropicais presentes nas áreas em vias de ocupação como da Amazônia e do Centro-Oeste. Esses estudos atendiam ao interesse do governo que implantava projetos de produção de energia, agropecuária e de mineração no interior do país, no entanto, não apresentavam maior reflexão sobre os problemas relacionados à saúde e, sim, a aspectos político-econômicos (FERREIRA, 2003).

Segundo Ferreira (2003), a geografia médica esteve quase sempre a serviço de interesses colonialistas ou desenvolvimentistas de base capitalista no viés político-econômico. A maior parte dos trabalhos atendia diretamente ao capitalismo estatal ou aos interesses imediatos de uma classe dominante.

Na década de 1970 é criada a Escola Nacional de Geografia Médica a qual recebeu importante contribuição de Milton Santos para a formação de uma nova abordagem, e priorizava analisar a interação entre o social e o meio ambiente, a partir da contribuição da Geografia Crítica (ROJAS, 2003). A importância de entender a categoria Espaço da Geografia possibilita, assim, compreender melhor o processo histórico e objeto da Geografia Médica Brasileira.

Assim, a depender do objeto de estudo, a Geografia Médica deixa de ser associada a interesses políticos econômicos e passa a ser de interesse político social, possibilitando ganhos e contribuições para a saúde pública.

OBJETO DE ESTUDO DA GEOGRAFIA MÉDICA

A Geografia Médica abriga uma constância e combinação com a Ciência Geográfica. Para Mazetto (2008), nos estudos de Geografia Médica, desenvolvidos no período compreendido entre o final do século XVIII e início do XIX, estão incluídas as pesquisas

correspondentes ao conhecimento generalizado e pouco sistematizado da temática, ou seja, o conhecimento pré-científico, com estreita relação com as ideias e os princípios hipocráticos. De modo geral, os estudos dessa época direcionavam como objeto de estudo a qualidade de vida por meio da relação saúde-meio e a distribuição de doenças que, predominantemente, tinham na dimensão espacial a análise de um espaço absoluto com ênfase para o espaço local.

Assim, entende-se como o objeto de estudo da Geografia Médica vem evoluindo ao longo da história, comitantemente com a epistemologia da Geografia, ou seja, de acordo com as mudanças na sociedade e no processo saúde-doença as abordagens e métodos de análise vêm se adequando ao espaço-tempo.

Conforme afirma Dutra (2011), os estudos da antiguidade que evoluíram até a fase mitológica com interrelação no processo de adoecer, cura e natureza, tiveram seu declínio devido às associações que eram realizadas entre as causas das doenças e os desígnios dos deuses. As análises envolvendo a geografia e a medicina foram reestruturadas a partir das abordagens hipocráticas, que foram abaladas, durante a Idade Média, pela ascensão da crença de que a cura para os males do corpo/materialidade estava na espiritualidade.

A evolução dos estudos para descoberta da microbiologia, a partir das bactérias e parasitas no estudo de Pasteur e Koch, ocasionou uma nova concepção do processo saúde-doença que levou abaixo a teoria dos miasmas e, posteriormente, gerou novas mudanças envolvendo estudos da Geografia Médica em decorrência da desagregação dos processos saúde e doença por causas ambientais.

Na tese de Rabelo (2010) sobre a travessia: imigração, saúde e profilaxia internacional (1890-1926), ela traz investigação das questões sanitárias provocadas pelas viagens realizadas por imigrantes europeus para a América no final do século XIX e início do XX. Conta sobre o processo de seleção de profissionais para adentrar a inspetoria sanitária brasileira, que necessitava de conhecimento dos temas relacionados à Geografia Médica: “clima, moléstias pestilenciais exóticas; moléstias contagiosas em geral; profilaxia e meios de isolamento, sistemas de desinfecção e natureza e modo de ação dos agentes desinfectantes” (REBELO, 2010, p. 157).

Para Rebelo (2010), esse processo de conhecimento sobre a higiene naval e os médicos que atuavam nos portos e hospitais marítimos e militares apresentavam uma compreensão da forma de transmissão de doenças mais próxima à Geografia Médica, ou seja, não tinha um objeto definido sobre a temática, e muitos não possuíam domínio e conhecimento necessário. Além disso, na formação científica na graduação destes profissionais não se discutia sobre a Geografia Médica.

No processo de mudança da Teoria Microbiana, na metade do século XX, Ferreira (1991) destaca o estado saúde-doença advindo das causas ambientais que assumem destaque nos tratados de climatologia médica. Esse autor pondera sobre a geografia física em seus aspectos climáticas, além das pesquisas enfatizados por Sorre que vão além do

determinismo natural.

Com intuito de buscar um objeto da Geografia Médica, May (1950) realizou uma classificação inicial contendo temas como: fatores patológicos (agentes, vetores, hospedeiros, reservatórios), fatores biológicos (vegetal, animal, parasitismo), fatores físicos (envolvendo aspectos da geografia física: hidrografia, climatologia, pedologia), fatores humanos (envolvendo aspectos da geografia humana: densidade demográfica, nível de vida, religião). Esses aspectos eram definidos por ele como essenciais aos pesquisadores de Geografia Médica e que inclusive serviriam como guia aos estudos médico-geográficos; estabelecia-se, assim, aos tipos de fatores por ele denominados de patogênicos e geográficos.

O pesquisador Nossa (2005) considera que com o advento da Nova Geografia, conhecida como Geografia Quantitativa, Teorética ou Pragmática que crítica interpretação empírica e exige uma interpretação racional e lógica, emerge da Geografia da Médica, com uma abordagem clássica, cujo objeto de estudo é a aceitação da doença como ocorrência natural, culturalmente isenta, conectada com o modelo biomédico (mecanicista, centrado na doença), privilegiando a mensuração e a modelização dos fatores envolvidos.

Já Mazetto (2007) expõe que os geógrafos estão vinculados ao tema da geografia médica e narram pouca correlação dos princípios da geografia e do método fenomenológico sobre a temática. A exemplo da categoria geográfica; na maioria estão mais presentes nos estudos da Psicologia, Enfermagem e Medicina, todavia, é válido destacar que a ciência geográfica e sua contínua discussão epistemológica devem existir em todo contexto.

No Brasil a Geografia Médica para Meade et al. (1988) esteve associada, sobretudo, a estudos descritivos de distribuição de doenças, em especial as infecciosas. A grande maioria desses estudos foram elaborados por médicos, num momento em que se desenvolvia no país uma grande preocupação de ordem higienista, particularmente na capital, o Rio de Janeiro. Naquela época, o foco do estudo foi a ligação das doenças com as condições naturais e mesmo com a precariedade do saneamento básico. Como exemplo desses estudos descritivos podem ser citados os trabalhos de Carlos Chagas, Osvaldo Cruz, Gavião Gonzaga, Afrânio Peixoto, Jorge Maia, Victor Godinho, Seabra e Xavier da Silveira, dentre inúmeros outros, todos descrevendo distribuições de doenças infecciosas no país correlacionando-as com as condições naturais (PESSÔA, 1941; DUTRA, 2011).

Lewinsohn (2003) afirma que Osvaldo Cruz foi o pioneiro no estudo das moléstias tropicais e da medicina experimental no Brasil após a sua chegada da França, ele assumiu a Diretoria de Saúde Pública e coordenou as campanhas de erradicação da febre amarela e da varíola, no Rio de Janeiro, além de organizar os batalhões de mata-mosquitos, encarregados de eliminar os focos dos insetos transmissores. Convenceu o presidente na época, Rodrigues Alves, a decretar a vacinação obrigatória, o que provocou a rebelião de populares e da Escola Militar (1904) contra o que consideram uma invasão de suas casas e uma vacinação forçada, o que ficou conhecido como Revolta da Vacina. Osvaldo foi

responsável pela fundação do Instituto Soroterápico Nacional no Rio de Janeiro em 1990, que posteriormente transformou-se em Instituto Oswaldo Cruz.

Além de Oswaldo Cruz, tiveram outros pesquisadores que estudaram a correlação da Geografia e Medicina para obterem resultado contra as doenças tropicais, a exemplo de Carlos Chagas que estudou o ciclo evolutivo da malária; Gavião Gonzaga que estudou sobre clima, pluviometria e doença; Afrânio Peixoto, na sua obra “Clima e Saúde”, um dos pioneiros a estabelecer correlações entre algumas doenças e as condições climáticas do país. Os estudos de Geografia Médica apresentam uma explanação delineada da amostra de inúmeras doenças e suas correlações com o meio natural, desmistificando as doenças climáticas ou tropicais (LEWINSOHN, 2003; SOUZA e SANT’ANNA NETO, 2008).

Como citado anteriormente, o médico Carlos da Silva Lacaz (1972) escreveu um introdutório teórico sobre Geografia Médica no Brasil que, mesmo sendo publicado num momento em que a geografia brasileira apresentava sinais de profundas mudanças epistemológicas, é um exemplo de trabalho marcado por um grau de determinismo no campo da Geografia Médica. Lacaz (1972) destaca que ao estudar uma doença sob o ângulo da Geografia Médica, devemos considerar, ao lado do agente etiológico, do vetor, do reservatório, do hospedeiro intermediário e do ser humano susceptível, os fatores geográficos representados pelos fatores físicos, humanos ou sociais e biológicos (LACAZ et al., 1972).

No Brasil o estudo da Geografia Médica possui ainda embates e desafios no contexto da teoria da geografia, tanto positivista, materialista quanto crítica, e constitui-se em uma área desafiadora para atual conjuntura. Foi a partir do início do século XX que ela passa a ser direcionada para o determinismo natural que evolui para um determinismo econômico como perspectiva de explicação dos fenômenos geográficos; por sinal, é algo que perpassa por quase todas as ciências humanas e sociais no país (MENDONÇA, 2001).

MÉTODOS E TÉCNICAS DE ANÁLISE DA GEOGRAFIA MÉDICA

O percurso inicial da obra de Ludwig Finke, citada por May (1950), aborda o espaço geográfico que esteve inserido no movimento denominado Polícia Médica, no século XIX, quando a geografia e a medicina se transformam em disciplinas científicas, com a consolidação, na primeira, da concepção do espaço — entendido como sinônimo de ambiente físico, abstraído da ação humana —, e, na segunda, do paradigma biológico-individual. Trata-se, então, de entender a importância da incorporação das noções geográficas de determinismo, gênero de vida e ecologia humana pela saúde pública. Para Finke, a proposição da geografia médica seria se constituir como uma disciplina ampla (MAY, 1950, p. 211).

Nos relatos de Edler (2001), o nascimento da geografia médica parte de uma época colonial na Europa. Boudin (1857–1842) iniciou na França estudos comparativos sobre

o indivíduo e suas relações com o espaço geográfico; esse estudo traz relatos tanto de higiene como de climatologia médica, ou seja, relações da patologia à luz das regiões climáticas, incluindo a topografia e a estatística nos seus métodos.

Mazetto (2005) aborda dois períodos, no início do século XIX, quando surgiram os primeiros trabalhos publicados na área, até a primeira metade do século XX. O primeiro período foi caracterizado por pesquisas de epidemiologia geográfica, onde os trabalhos receberam grande influência das ciências médicas e biológicas. O segundo período, a partir da década de 1950, marca o ressurgimento das pesquisas no campo geográfico, que passa a adotar as novas tendências teóricas e metodológicas da Geografia, como a corrente quantitativa e a crítica. O método de investigação empregado nas pesquisas compreende a abordagem idiográfica, cujo método de análise é o indutivo. Nessa fase são evidentes a utilização dos trabalhos de campo e a observação e a descrição como técnicas de análise do processo saúde-doença. A filosofia norteadora concentra-se no empirismo e as teorias paradigmáticas.

De modo geral, as pesquisas de Geografia Médica brasileiras mostram-se atreladas aos paradigmas vinculados às Escolas Geográficas e às suas correntes de pensamento, ou seja, vinculam-se fortemente os processos de saúde-doença aos paradigmas da Geografia física e humana, torna-se necessário portanto uma transposição desse obstáculo epistemológico para a concretização da Geografia Médica com paradigmas que fortaleçam não só o âmbito ambiental como também o humanístico (MENDONÇA, 2005).

A agregação de objetos e métodos do pensamento positivista proporcionou as interações do meio natural (fatores e elementos do clima) com a compreensão do processo de expansão ou retração de determinadas epidemias, estabelecidas por Maximilian Sorre que vincula tal proposta ao conceito dos complexos patogênicos; constituindo-se, assim, o primeiro aporte teórico para a geografia médica no mundo e no Brasil.

Assim, as linhas de pensamento positivistas influenciaram os estudos inerentes à Geografia Médica no Brasil no final do século XIX e início do século XX, remetendo-nos a compreensão da discussão dos elementos naturais frente a estruturação do processo saúde-doença, isto revela ações do movimento higienista e sanitaria do princípio do século passado no Brasil, organizado pelo grupo de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas, que influenciaram diretamente outros autores, perpassando pelo paradigma possibilista de matriz francesa (DUTRA, 2011).

Os trabalhos iniciais sobre Geografia Médica fizeram a vinculação entre áreas endêmicas de doenças com determinadas características culturais, raciais e climáticas, relacionando ambientes e grupos populacionais de forma “determinista”, em virtude da indistinção entre as variáveis de saúde, seus determinantes, bem como seus contornos socioeconômicos, pelos quais foram atribuídos vários preconceitos étnicos, culturais e ambientais a esse campo científico que surgiu (LACAZ et al., 1972).

Foi somente há pouco mais de um século que os epidemiologistas e outros cientistas

da área médica começaram a explorar o potencial de informações contidos nos mapas para fins de criação de padrões espaciais de doenças, visto que a geografia, apenas no início do século XIX, passa a usufruir de certa unidade temática e metodológica.

Dessa forma, as metodologias utilizadas permitem captar e analisar as condições de vida e as situações de saúde que apresentam diferentes configurações nos lugares, sendo possível contribuir para o estudo da geografia médica; nessa perspectiva são utilizados então mapas, ferramentas de estatística espacial, entrevistas para entender a relação das pessoas com os seus lugares, registros fotográficos ou outra metodologia que permita compreender como esta relação determina a forma como as pessoas se expõem a riscos, adoecem e são cuidadas (ou não) pelo sistema de saúde (BARCELLOS, 2008).

Para Lemos e Lima (2002), para entender o processo saúde-doença em qualquer comunidade, é necessário, antes, entender o ser humano no seu meio físico, biológico, social e econômico. Esses meios são considerados como fatores determinantes e condicionantes desse processo, relacionando-os a ocorrência e a prevalência das doenças nas paisagens terrestres, bem como seus comportamentos que são influenciados por tais fatores.

Logo a categoria de análise da geografia médica faz-se no espaço geográfico onde se desenvolvem as interações entre os diferentes segmentos das sociedades humanas e dessas com a natureza resultando nas condições de saúde ou doença das populações (GUIMARÃES, 2005).

A partir da construção da ciência geográfica por meio de pesquisas, discussões e uso de diferentes teorias e métodos em diferentes momentos históricos, cria-se uma diversidade teórico-metodológica que é fundamental para o enriquecimento do pensamento geográfico. A compreensão detalhada de cada método traz à luz as contribuições e perspectivas epistemológicas da Geografia. Assim, cada procedimento metodológico usado nas pesquisas geográficas está repleto de ideologias e posições epistemológicas, onde cada objeto estudado merece um método de análise adequado, adotado pelo pesquisador (GEORGE, 1972).

Então a geografia médica apresenta esse mesmo percurso de mudança, tanto do método como do objeto, a partir de dado momento histórico, utilizando tanto as categorias geográficas (espaço, lugar, região, território) como as relações saúde-doença.

Na Geografia é inegável a importância do método e de sua discussão. Santos (1996) aborda que o método é fundamental para a construção de um sistema intelectual, sendo permeado analiticamente por um fato, a partir de um ponto de vista; portanto, é um processo de construção, tanto social quanto cultural, de uma dada realidade.

A depender do método usado para alcançar o objetivo da pesquisa, Moraes e Costa (1984) consideram a diferença entre: método de interpretação – é uma concepção de mundo normatizada na busca de orientação da pesquisa científica aplicada a um sistema filosófico da ciência; e o método de pesquisa – técnicas utilizadas em determinado estudo. Entretanto, vale ressaltar que a técnica não define as relações interpretativas de uma

pesquisa, mas estudos por certos métodos podem fazer uso da metodologia de pesquisa.

Na Geografia Médica, Dutra (2011, p. 122) considera que existem estudos em duas abordagens: hipotético-dedutivo e método dialético. A primeira engloba pesquisas e trabalhos que envolvem “observação, descrição, trabalhos de campo, coleta de dados, quantificação, uso de modelos estatísticos para explicar a ocorrência de certos fenômenos e representação cartográfica com uso dos SIGs”, em questão a análise de distribuição espacial relacionados à saúde, tanto da epidemiologia e fatores da geografia física (climatologia, hidrografia, pedologia) como fatores condicionantes ou determinantes do processo saúde-doença. No segundo, encontram-se trabalhos e pesquisas mais correlacionados à Geografia Humana, ou seja, investigação crítica. O autor, portanto, concebe o “espaço geográfico e sua relação com a saúde”, por meio de estudo das políticas, ações e funções e instituições de saúde.

A preocupação dos pesquisadores que estudam a geografia médica está alicerçada sobre fenômenos do processo saúde-doença no espaço geográfico, por meio da abordagem de natureza qualitativa, quantitativa ou cartográfica. Os métodos tanto hipotético-dedutivo quanto dialético têm como objetivo principal buscar achados históricos e/ou resultados por meio de estudos que tragam retorno à saúde dos indivíduos.

IDENTIDADE TERRITORIAL DO CENTRO DE REFERÊNCIA EM LEISHMANIOSE

No território do Baixo Sul da Bahia está localizado o objeto desta pesquisa, historicamente caracterizado como área pioneira no processo de ocupação do Brasil, iniciado no século XVI. Os primeiros 50 anos de colonização correspondem ao início da transformação da mata em áreas agriculturáveis. Essa região, na época, foi considerada como estratégica para o fornecimento de farinha de mandioca para Salvador e Recôncavo. Esse ciclo só se interrompeu nos meados do século XX, a partir da decadência do sistema de transporte hidroviário e a ascensão do transporte por rodovias, que abriu novas frentes de abastecimento para a Região Metropolitana de Salvador. O território do Baixo Sul possui um bioma de Mata Atlântica, de clima tropical e predominantemente agrícola (BAHIA, 2018).

Atualmente o Centro de Referência está localizado regionalmente no Sul da Bahia, em específico no Território de Identidade do Baixo Sul. Essa divisão de identidade foi construída pela Secretaria de Planejamento do Estado da Bahia (SEPLAN). O Território de Identidade do Baixo Sul possui atualmente 14 municípios (Aratuípe, Cairu, Camamu, Gandu, Ibirapitanga, Igrapiúna, Ituberá, Jaguaripe, Nilo Peçanha, Piraí do Norte, Presidente Tancredo Neves, Taperoá, Teolândia, Valença e Wenceslau Guimarães) fazendo parte dessa divisão econômica (Figura 3), com uma área total 7.141,34 km² e uma população estimada em 335.51 habitantes (BAHIA, 2018).

Os maiores números de casos de Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) do Estado da Bahia estão localizados nesse Território de Identidade, podendo estar influenciado pela pobreza, nível de instrução, ambiente de trabalho que, na sua maioria,

está ligada à agricultura, o que faz com que as pessoas fiquem mais expostas ao vetor.

O processo histórico de ocupação e modificação do espaço geográfico, em meados da década de 1960, com a construção da BR 101 no território do Baixo Sul, deu início a várias mudanças na paisagem, a exemplo dos desmatamentos para abertura da estrada e também para a agricultura, e culminou posteriormente em uma epidemia na região sobre a qual poucos tinham conhecimento. A doença se manifestava com uma ferida que deformava e deixava marcas na pele, ou seja, a Leishmaniose Tegumentar Americana, tornando o território uma área endêmica até os tempos atuais, conhecida como a maior concentração dos números de casos de LTA na Bahia.

A Assistência à Saúde em nível hospitalar era ofertada, na época, na cidade de Valença, no Hospital Santa Casa de Misericórdia que atendia toda a região. O hospital filantrópico possui ala privada e uma ala pública. A partir da emancipação do município Presidente Tancredo Neves, todos os serviços de assistência em saúde à população do lugar ficavam sob a responsabilidade do município.

O distrito de Corte de Pedra teve sua fundação, antes mesmo da construção da BR 101 em 1957; posteriormente, o número de moradores foi crescendo e tornou-se conhecido como Povoado de Corte de Pedra, servindo de ponto de apoio aos trabalhadores da BR e rurais, além dos tropeiros que levavam a produção agrícola para as cidades de Valença e Nazaré.

Corte de Pedra possuía uma estrutura adequada para época, tinha mercearia, uma delegacia, uma escola de Ensino Fundamental, um posto de saúde para atendimento básico, uma Igreja Católica e uma Igreja Evangélica. Era o essencial para a ocasião que possuía sua sede municipal a 60 km de distância.

Na década de 70 para 80, houve a implantação da Unidade de saúde conhecido anteriormente como Postinho, que possuía uma estrutura pequena com três cômodos. Em dia de atendimento médico, as filas eram longas, pois a população clamava por assistência. Nesta época, não existia assistência à saúde com direito garantido em legislação.

DOCUMENTO HISTÓRICO DA FUNDAÇÃO DO CENTRO DE REFERÊNCIA

Na pesquisa documental, tanto do Centro de Referência (CRL) como da Associação da União Moradores do Povo de Corte de Pedra, foram encontrados os livros ata que descrevem todo processo de organização e de surgimento do CRL, além da continuidade da associação, e também o primeiro Estatuto, que normatiza legalmente a entidade, registrado em Cartório da Comarca de Valença-Bahia. Todos esses aspectos nos permitem dialogar com Foucault (1979, p.15) quando afirma que “a genealogia é cinza; ela trabalha, é meticulosa e pacientemente documentária. Ela trabalha com pergaminhos embaralhados, riscados, várias vezes reescritos”. Portanto, marca a singularidade das vivências, longe de todos os aspectos imprecisos e silenciosos descritos em papel.

Nos relatos históricos, o processo inicial de luta para criação do Centro de Referência parte da organização dos movimentos sociais, educacionais e apoio dos políticos nas três esferas de governo. A comunidade, então, decide se organizar para criar a Associação União de Moradores do Povoado de Corte de Pedra (AUMCP) com objetivo de arrecadar recursos para a construção e implantação do Centro de Referência em Leishmaniose. Na análise das atas foram encontrados achados desse processo de organização para criação da AUMCP e, posteriormente, o Centro de Referência.

O primeiro registro em Ata de reunião relata a criação da Associação União de Moradores do Povoado de Corte de Pedra (AUMCP), datada de 10 de julho de 1986, realizada no Prédio Escolar Monteiro Lobato, no Povoado de Corte de Pedra, no município de Valença (antes da atual emancipação política). A primeira reunião contou com a participação de 26 moradores e 2 convidados. No primeiro momento da reunião, antes mesmo da eleição da mesa diretora, teve a palavra do morador Antônio Garcia Bruno que externou sobre *“a finalidade da associação que estava sendo criada naquela oportunidade”*, depois complementou sobre a criação de uma comissão no intuito de *“gerir os destinos e os recursos da associação até a elaboração do Estatuto e conseqüentemente a eleição da diretoria definitiva”*. Após a fala de Antônio, foi apreciada a proposta e aprovada por todos a criação da Associação. Passando em seguida para a formação inicial da mesa diretora que na época ficou composta pelos moradores locais, sendo: Antônio Garcia Bruno, Presidente; Lourival Nunes Reis, representante Administrativo; Possidonio Telles de Argolo, Tesoureiro; Maria das Graças Cardoso dos Santos, Secretária; e Lourenço José de Santana, 2º secretário. Ao fim da composição da diretoria foi registrado na ata os nomes dos dois convidados, sendo Dr. Jackson Mauricio Lopes Costa (médico e pesquisador) e Roque Campelo Galvão de Queiroz (representante do governo municipal e redator da ata). Os dois foram convidados pelos presentes para secretariar a reunião. Em seguida, o Sr. Lourival Nunes pediu a palavra e agradeceu a todos pela presença, convidando a todos para uma nova reunião em 17 de julho de 1986, com objetivo de *“apresentar o Estatuto a sociedade para discussão por parte da Associação e sua respectiva aprovação no sentido de conseguir-se cunho legal no mais curto espaço de tempo à vida da sociedade”*. E, por fim, deu por encerrada a reunião.

A segunda reunião registrada em Ata, datada de 17 de julho de 1986, foi realizada no Prédio Escolar Monteiro Lobato, no Povoado de Corte de Pedra. Teve a presença de 17 pessoas. A reunião em assembleia teve como objetivo a aprovação do Estatuto. No primeiro momento foi lida a ata anterior de fundação, sendo aprovada por unanimidade. Em seguida, partiu-se para apresentação do estatuto que foi amplamente discutido. Na oportunidade, o Presidente disse que qualquer sócio poderia sugerir modificações. Em seguida, Dr. Jackson Maurício Lopes fez uso da palavra *“enaltecendo o grupo pelo esforço no sentido de regularizar a vida da sociedade”*. Dando seqüência, o Presidente colocou o Estatuto em votação e foi aprovado por unanimidade. Logo depois deu por encerrada a

reunião.

A terceira reunião, conforme registro em Ata no dia 26 de julho de 1986, teve como objetivo a efetivação da eleição da mesa diretora da AUMCP e foi realizada no Prédio Escolar Monteiro Lobato, no Povoado de Corte Pedra. Nesse encontro estiveram presentes 25 pessoas. Na eleição contou com a formação de uma única chapa conforme aprovação do Estatuto. Ficando assim organizada: Antônio Garcia Bruno, Presidente; Lourival Nunes Reis, Vice-Presidente; Edinaldo Lima de Lago, 1º Secretário; Possidonio Telles de Argolo, 2º Secretário; Maria das Graças Cardoso dos Santos, Tesoureiro; e Edivaldo de Jesus Santos, 2º Tesoureiro. Após apresentação, a chapa foi colocada em votação e aprovada por unanimidade pelos sócios presentes. Após aprovação, Dr. Jackson Mauricio pediu a palavra dizendo que *“estava disposto a colaborar de todas as formas para conseguir fazer com que a sociedade cumprisse com os seus objetivos.”* Logo após, a reunião foi encerrada pelo presidente.

De fato, todo processo da criação da Associação e da implantação do Centro de Referência teve a participação da comunidade local e do Pesquisador Jackson Mauricio, como o mediador e interlocutor. Na fala de Maria das Graças, ela reforça que foram os pesquisadores em Corte de Pedra, em especial ao Dr. Jackson, que sugeriram a criação da Associação para poder implantar o Centro de Referência e foi ele que fez toda a mediação com a Universidade de Brasília.

Nos demais registros em ata de outras reuniões foram anotados a continuidade e funcionamento da associação. O processo de organização para implantação do CRL não foi registrado em ata. Outro documento disponível, relatado nas atas foi o Estatuto.

O Estatuto da União de Moradores do Povoado de Corte de Pedra apresenta 10 capítulos que fundamentam e organizam legalmente a associação. O Capítulo I aborda sobre a denominação, sede, foro e duração. O artigo 1º valida a fundação em 10 de julho de 1986 com sede no Povoado de Corte de Pedra, foro no município de Valença, sendo uma sociedade civil sem fins lucrativos, políticos ou religiosos e com prazo de duração indeterminado. O §1º a associação faz destaque para a sociedade sobre o respeito para com o outro. *“§1º A sociedade não fará distinção de raça, cor, nacionalidade, classe social, filosofia ou religião e sua área de ação se limitará ao povoado de Corte de Pedras.”* No §2º destaca também o não envolvimento em atividade política partidária.

Conforme análise do Capítulo I, vale destacar que o movimento de implantação da associação e a criação do Estatuto se deu antes mesmo da nova Constituição Federal de 1988, que assegura a todos o direito à saúde, sem qualquer forma de distinção. Um avanço que marca a história da associação e do Centro de Referência em Leishmaniose.

O capítulo II apresenta os objetivos da associação de representar, articular, criar e zelar pela comunidade de Corte de Pedra. O capítulo III aborda sobre os direitos e deveres dos sócios, sendo que a associação possui três categorias de sócios: I – Sócio comunitário – todos os moradores do povoado e circunvizinhos; II – Sócio contribuinte – todos aqueles

que desejam colaborar financeiramente com a associação; e III – sócio benemérito, aqueles que tiverem prestado serviço de excepcional relevância à associação. O capítulo IV, aborda sobre o processo de organização dos poderes e administrativo, quais sejam: I - assembleia geral; II - conselho de administração; III - conselho fiscal; e IV - departamento de apoio. O capítulo V apresenta como será organizado as assembleias gerais, com reunião ordinária mensal e extraordinária quando convocada por necessidade da associação.

Nos capítulos VI, VII e VIII estão apresentados as normas e composição dos conselhos fiscal, administrativo e de departamento, citados no capítulo IV. No capítulo IX, estão evidenciados as normas e o processo das eleições da associação, sendo de realização anual, tendo validade no dia 26 do mês de julho de cada ano. O capítulo X, das disposições gerais, aborda sobre os casos omissos que devem ser discutidos em assembleia geral, entre outros aspectos de dissociação da associação, caso ocorra. Em seu artigo 45º, registra que o Estatuto entrou em vigor por deliberação da Assembleia Geral de 15 de julho de 1986, sendo publicado em 17 de julho de 1986, assinado pela mesa diretora: Presidente – Antônio Garcia Bruno; Gerente Administrativo – Lourival Nunes Reis; Tesoureiro – Possidonio Telles de Argolo; Secretária – Maria das Graças Cardoso dos Santos; e 2º Secretário – Lourenço José de Santana.

Outros documentos diretamente vinculados ao Centro de Referência não foram encontrados. O CRL possui atas com registro de atendimentos e prontuários antigos; entretanto, este estudo não avalia processo saúde-doença de indivíduos atendidos no Centro de Referência. Também não foram encontrados documentos normativos sobre funcionamento da unidade e sobre documentos de parceria efetivadas, desde a época com a Universidade de Brasília (UnB) e também com a Universidade Federal da Bahia (UFBA). Na busca de documentos com a gestão municipal, foi disponibilizado apenas o Plano Municipal de Saúde que apresenta proposta requerida pela população relacionada ao CRL. Nenhuma portaria, resolução, lei relacionado ao Centro de Referência foi encontrado. Além das atas, estatuto e da história oral que valida todo processo, a unidade possui um marco visual da placa de inauguração que registra o governo da época e a data de entrega (Figura 1). Portanto, não sabemos como eram realizadas as pesquisas na época, do objetivo e de como foram efetivadas as parcerias institucionais. Sem esses documentos, não foi possível, traçar criticamente essa genealogia histórica.

A placa de entrega do Centro de Referência registra que a implantação foi em 27 de setembro de 1987, mas, para os líderes da comunidade a unidade já funcionava em outro local, antes mesmo da nova sede. Outro fato importante a destacar é que o governo municipal de Valença, na Administração do Prefeito João Cardoso, assumiu a responsabilidade de que a unidade foi construída com “recursos próprios” e acrescenta que houve a participação decisiva da União dos moradores. Todavia, conforme relato dos entrevistados, a contribuição não foi somente do governo municipal, mas também da população do seu entrono, juntamente com Associação União dos Moradores do Povoado

de Corte de Pedra e mais governo estadual e governo federal.



Figura 1 – Placa de inauguração do Centro de Referência em Leishmaniose

Fonte: Arquivo do pesquisador em 09/06/2021.

A participação do Ministério da Saúde na época, por meio de convênio, foi com a doação de equipamentos para o funcionamento da unidade, conforme revela a placa fixada também na entrada da unidade (Figura 2). Onde também está registrado o dia da entrega da nova sede do Centro de Saúde.



Figura 2 – Placa de convênio do Ministério da Saúde e o CRL

Fonte: Arquivo do pesquisador em 09/06/2021.

O processo de organização da Associação teve importante papel na implantação do Centro de Referência em Leishmaniose (CRL), constituindo-se como o ponto chave da organização popular para o sucesso do projeto. Vale ressaltar que o CRL tem seu funcionamento vinculado à Associação, ao SUS e à UFBA, mas seu patrimônio pertence à Associação. Atualmente a Associação também exerce atuação para além do SUS, como na área social e da comunicação. Na área social, participa de projetos de formação de jovens por intermédio da Secretaria Municipal de Ação Social. Na comunicação, teve aprovação pelo Governo Federal de uma Rádio Comunitário que foi inaugurada no final do mês de junho de 2021. Assim, Associação evidencia a sua importância para a comunidade, desde

a sua fundação.

Todo esse contexto histórico que se revela nos documentos, possibilitou entender que a formação do Centro de Referência em Leishmaniose só foi possível pela luta de uma comunidade, conectados por meio da pesquisa dos estudantes de Pós-Graduação de Medicina Tropical da Universidade de Brasília, que contribuiu para com uma instituição de ciência com responsabilidade social.

A partir de uma região geográfica específica, endêmica da doença, a Universidade adentra a territorialidade das pessoas para ajudá-las e compreender como o organismo parasitário age e qual o melhor meio de combater no processo de saúde-doença, ou seja, em prol da descoberta para ajudar a comunidade e a ciência.

Nesse processo de conexão, o pesquisador Dr. Jackson, juntamente com Dr. Felipe, encontra uma comunidade que luta pelos seus propósitos para edificar uma história que foi concretizada a partir do Centro de Referência em Leishmaniose.

Entretanto, vale destacar que o Centro foi construído em um período posterior à redemocratização brasileira, existindo uma multiplicação de políticas públicas de saúde após a ditadura (momento de emergência do nascimento do Centro), assim, fortalecendo o processo de implantação de sua implantação.

O saber histórico de lutas que ativam saberes locais, descontínuos, que não foram legitimados, e não apenas os saberes centralizados nos discursos acadêmicos. Podendo afirmar, então, que o surgimento do CRL não partiu somente da Universidade e dos pesquisadores, mas da luta de uma comunidade organizada, representada pela Associação que contou com a participação de diversos atores.

Essas considerações nos remetem a Foucault (1979, p. 15) quando afirma que “a genealogia não se opõe à história como a visão altiva [...]; ela se opõe, ao contrário, ao desdobramento meta-histórico das significações ideais [...]”. Deve-se então, ter cuidado em escutar a história e possibilitar entender a essência que foi construída ao longo do processo. Ou seja, o CRL foi construído peça por peça a partir de sujeitos apresentados como estranhos na história de sua origem.

CONEXÕES HISTÓRICA E O ESPAÇO-PODER NO/DO CENTRO DE REFERÊNCIA

Devemos abordar que todo o processo de formação do CRL partiu dos líderes locais de Corte de Pedra, por intermédio dos Pesquisadores, em especial o Dr. Jackson Maurício, como é narrado nas atas. O objetivo do pesquisador na época foi possibilitar uma assistência de saúde para todos os acometidos pela Leishmaniose, dando apoio na organização inicial, desde a criação da associação, à legitimação para arrecadar fundos, até a criação do CRL.

Ao longo dos 30 anos, muita coisa mudou, desde o crescimento populacional da região até a emancipação política e suas relações econômicas, sociais e de poder para com

o CRL. Esse processo foi tático, instigado por Dr. Jackson, a partir de uma discursividade local, que possibilitou uma conexão por meio dos saberes libertos trazidos e evidenciados em sua trajetória científica e pessoal para concretização do CRL, se tomarmos como base o conceito de Foucault (1979) sobre a genealogia.

A pesquisa de Doutor Jackson Maurício em Corte Pedra (1984 a 1986) permitiu a articulação para a implantação do Centro de Referência em Leishmaniose em parceria com a comunidade por meio da Associação da União dos Moradores do Povoado de Corte de Pedra e a Universidade de Brasília. Quando o CRL foi inaugurado, em 1986, sua parceria efetivada com a UnB possibilitou intercâmbio científico por meio de pesquisadores para Corte de Pedra, permitindo desenvolvimento em pesquisas sobre a doença e contribuindo para a assistência à saúde da população local.

A emancipação política do distrito de Presidente Tancredo Neves desmembrando-se de Valença e a criação do Sistema Único de Saúde, em 1990, possibilitaram o fortalecimento do CRL, tornando-o, em 2004, uma unidade mantida pelo SUS, o que revela uma forma de reconhecimento do poder-ação que o CRL possui perante a sociedade e os governantes.

Portanto, o CRL comunga dos princípios do SUS, desde a universalidade de acesso, integralidade e equidade, até a participação social, deixando de ser somente uma entidade filantrópica, mas, também, uma entidade pública de acesso a investimentos. As parcerias com a UnB e a UFBA vão além do processo de pesquisa e de atendimento à população pesquisada; significa retorno principalmente para a comunidade local por meio de assistência qualificada dos profissionais de saúde que oferecem o serviço para além da pesquisa.

Atualmente a Unidade possui parceria com a UFBA; e a cada 15 dias os pesquisadores médicos e não médicos realizam atendimento à população acometida pela doença, passando também a ser uma população pesquisada. Como essa unidade é parceira do SUS, a população vem cobrando assistência especializada desses pesquisadores para a população de modo geral, não somente às pessoas acometidas pela doença.

Esse movimento de retorno científico à comunidade do município vem sendo requerido, desde a VI Conferência Municipal de Saúde, realizada em julho de 2017, a partir do Plano Municipal de Saúde, com vigência de 2018 a 2021, que tem instituído como proposta: *“Dialogar para possível acesso da população a outras especialidades disponíveis no Centro de Referência em Leishmaniose Tegumentar do Distrito de Corte de Pedra”* (PRESIDENTE TANCREDO NEVES, 2018). Ou seja, o CRL recebe pesquisadores médicos especialistas em diversas áreas (dermatologia, otorrinolaringologia, infectologia...) uma vez que a população é carente e demanda um quantitativo de atendimento quinzenal ou mensal dessas especialidades para ampliar o acesso ao serviço de saúde do município. Até o momento, não foram pactuados esses atendimentos para a população não acometida pela doença. Na maioria das vezes, esses atendimentos com os especialistas pesquisadores acontecem por intermédio da coordenação para com algumas pessoas.

Hoje o Centro de Referência é um espaço de poder, tanto da pesquisa científica como também em relação à administração governamental. Existem dificuldades de acesso tanto para gerir, como para normatizar. No primeiro viés, em nível nacional, existe pouco investimento em pesquisas para o desenvolvimento de novos medicamentos. No segundo, não há recursos direcionados do Governo para o CRL, atualmente o apoio é pela cessão e contratação de funcionários. No próprio Plano Municipal de Saúde tem uma proposta, conforme demanda da população, que é: *“Apoiar as ações de saúde e manutenção do Centro de Referência em Leishmaniose Tegumentar do Distrito de Corte de Pedra”* (PRESIDENTE TANCREDO NEVES, 2018). Outro aspecto é a autonomia da gestão municipal com relação ao CRL na organização e no processo de trabalho, e até mesmo no cumprimento das orientações técnicas da vigilância à saúde.

Quanto ao nível político partidário, o Centro de Referência já teve importante papel na relação do espaço-poder. Um dos membros, que participou de todo processo de criação e implantação, tanto da Associação como do Centro de Referência, e também já gerenciou ambos, já foi eleito Vice-Prefeito do município para o exercício de 1997 a 2000. E tem reconhecimento pela população do trabalho prestado ao CRL, à Associação do Distrito de Corte de Pedra e ao município. Ao discutir relações de poder, Foucault (1979) enfatiza que a política tem um viés da relação de poder na sociedade, estabelecendo força no exercício prolongado a este, que envolve luta e submissão.

Quanto aos aspectos socioeconômicos do Baixo Sul da Bahia, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,63%, considerado baixo pelo potencial econômico que a região apresenta (BAHIA, 2018). Esses dados envolvem também o nível de pobreza e acesso aos serviços (educação, saúde, moradia, emprego) possibilitando uma fragilidade no território. Essas dificuldades acabam possibilitando a criação de movimentos sociais, associações, sindicatos e ONG's para fortalecer ainda mais as comunidades e a população. Foi por esse viés que a história do Centro de Referência se efetivou; uma relação de união e poder na busca de acesso a seus direitos.

Já no que diz respeito ao espaço-poder, os movimentos sociais vêm fortalecendo o território e possibilitando novas conquistas e configurações. Mas, por outro lado, nesse suposto progresso existe uma estagnação no modo de tratar as pessoas acometidas pela Leishmaniose, não somente na Bahia ou no Brasil, já que a Medicação continua sendo a mesma utilizada a mais de 30 anos, faltando investimentos e interesse por parte do governo e das indústrias farmacêuticas, pois estamos falando de um público acometido que é pobre e de uma população que é predominantemente rural e na sua maioria, sem acesso aos serviços essenciais.

No que tange à previdência social, a maioria da população rural acometida pela doença recebe auxílio financeiro do governo federal durante o afastamento de suas atividades agrícolas até encerrar o tratamento. Vale destacar que, segundo estudo de Andrade (2011), a comunidade não segue todas as orientações de prevenção e promoção

da doença instituídas pelos profissionais da saúde e pelos pesquisadores.

A relação da Associação com o Centro de Referência se constitui em uma relação de poder? Os poderes instituídos pelos gestores, pesquisadores, profissionais da saúde, trabalhadores ruais e comunidade em geral vão em direção aos contextos históricos. Porque, como bem discute Foucault (1979), o poder reprime as pessoas, as relações, uma classe social, os instintos, acima de tudo, é uma relação de força. E foi por meio desta força que a relação foi concretizada e até hoje existe no CRL. A partir desta conexão, a Geografia Médica Brasileira é revelada, evidenciando a relação de poder social, por meio de conhecimento do espaço geográfico e da doença (Leishmaniose).

DO CENTRO DE REFERÊNCIA EM LEISHMANIOSE PARA A GEOGRAFIA MÉDICA BRASILEIRA

A pesquisa vem ao encontro da relação históricas do Centro de Referência em Leishmaniose com a Geografia Médica Brasileira. Os achados partem, desde dos aspectos epidemiológicos da doença que fundamentou a implantação do Centro, até as relações da Universidade de Brasília a partir dos pesquisadores na investigação das áreas endêmicas do Baixo Sul da Bahia.

As características epidemiológicas e sociais da Leishmaniose Tegumentar Americana no Brasil têm sua importância para estudo da Geografia Médica Brasileira, e, em nível geográfico e da saúde, possibilitam entender as relações espaciais e humanas na continuidade da doença e como isso pode impactar na assistência à saúde.

A fundação do Programa de Pós-Graduação de Medicina Tropical da Universidade de Brasília (UnB), em 1973, foi um dos pontos primordiais para o desenvolvimento da Geografia Médica Brasileira a partir da teoria desenvolvida no Programa em pesquisas na linha das doenças infecciosas e parasitárias. O Programa instituiu também a disciplina Geografia Médica em 1977, que se torna um ponto basilar da teoria e prática (pesquisa) para fortalecimento da Geografia Médica Brasileira. Como foi afirmada na entrevista com Dr. Jackson.

Foi a partir do Programa e da expansão das pesquisas em Leishmaniose na Bahia, especificamente no Baixo Sul da Bahia, que Dr. Jackson Maurício adentrou no Distrito de Corte de Pedra; o que possibilitou o fortalecimento do movimento social na criação do Centro de Referência.

A criação do CRL teve início graças à conexão dos pesquisadores do Programa de Medicina Tropical com a comunidade de Corte de Pedra. Entretanto, contar a história do CRL faz reviver a importância da Universidade, da ciência, da pesquisa para o desenvolvimento da sociedade. Nos aspectos investigativos, os médicos da UnB, ao desbravar o território à luz dos conhecimentos geográficos, patológicos, da terapêutica a partir da anatomia clínica, parasitologia e da estatística médica, já validam a pesquisa na Geografia Médica

(EDLER, 2001).

A disciplina Geografia Médica possibilitou conhecimentos essenciais para compreender os aspectos geográficos-sociais e sua relação com a doença, dando aos pesquisadores conhecimento para além da medicina tradicional; assim, permitindo conhecer novos territórios; e, a Bahia foi um deles que, na época, já era acometido pela Leishmaniose Tegumentar Americana.

A Geografia Médica Brasileira e o Centro de Referência em Leishmaniose estão conectadas a um ponto: o estudo do espaço geográfico nas doenças sociais. Ambas possuem um processo histórico de pesquisa e trabalho que envolvem a Geografia. Ambas vivenciam a relação espacial dos casos de doença e sua função para o bem comum. Ambas se preocupam com a epidemiologia e fatores da geografia física-humana, como fatores condicionantes ou determinantes do processo saúde-doença (DUTRA, 2011). A primeira como linha de pesquisa, como método; a segunda com instituição que promove a execução das ações e também faz garantir o direito a políticas de saúde.

CONCLUSÕES

A Geografia Médica está embasada na dimensão socioespacial da doença. E foram construídas narrativas fundamentadas no histórico do ocidente que possibilitou a sociedade moderna evolução nas descobertas de novas enfermidades e como ela se comporta no ambiente.

Podemos evidenciar que no Brasil, desde a época colonial, já havia estudos sobre a relação do espaço geográfico com as enfermidades; esses estudos vêm sendo aperfeiçoados com o passar do tempo. Averiguamos que a Geografia Médica Brasileira passou por distintas fases na geografia e na medicina, havendo pequenas distinções sobre seu objeto e sua metodologia; e com o processo histórico houve evoluções na estruturação do objeto, métodos e técnicas de análise.

A Geografia Médica Brasileira envolve pesquisa de aspectos da geografia física e humana (das relações de pessoas e de instituições) e da patologia para buscar entender o processo saúde-doença, possibilitando avanços necessários para investimentos na política de saúde.

As contribuições dos pesquisadores da UnB na articulação junto aos moradores do Povoado de Corte de Pedra (que fundaram uma associação) foi primordial para a existência do Centro de Referência em Leishmaniose. Um marco histórico que possibilitou, para além da pesquisa, o acesso à saúde antes mesmo da criação do SUS.

É legítimo destacar que os saberes locais, dominados, como estratégias de luta frente aos efeitos dos poderes centralizadores, ligados às instituições e ao funcionamento dos discursos científicos, foram importantes para a relação do espaço-poder. O espaço-poder narrado ao longo do trabalho demonstrou que existe uma relação importante para

fortalecimento da Associação e o Centro de Referência.

A luta história do Baixo Sul contra a Leishmaniose Tegumentar Americana evidenciou vários processos que foram invisibilizados, a exemplo de pessoas acometidas e sua relação ambiental, racial, socioeconômica e cultural. É uma doença que continua sendo negligenciada pelos governantes, pois não gera lucratividade política e nem atinge a econômica, já que a maioria da população lida com a agricultura familiar e não com a grande cadeia produtiva do agronegócio. Se os investimentos não acontecem na esfera local, imagina nas esferas estadual e federal? A participação do governo local não deverá somente está relacionada a grandes investimentos financeiros, mas a pequenas ações como orientações educacionais de prevenção.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, I. M. **Leishmaniose Tegumentar Americana: uma análise ambiental na zona rural do município de Presidente Tancredo Neves, Bahia**. Monografia. Universidade do Estado da Bahia. 2011.

BAHIA. **Plano Territorial de Desenvolvimento Sustentável e Solidário do Território Baixo Sul da Bahia - PTDSS**. Governo do Estado da Bahia. Secretaria de Planejamento Estadual. 2018.

BARCELLOS, C. Apresentação. In: BARCELLOS, C. **A Geografia e o contexto dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO: ICICT: EPSJV, 2008. 384p.

BARROS, J. D. **Teoria da História: princípios e conceitos fundamentais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

BELENS, A. **A modernidade sem rostos: Salvador e a telefonia (1871-1924)**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em História. Salvador: UFBA, 2002. 198f.

BOUDIN, J. C. **Traité de géographie et de statistique médicales et des maladies endémiques comprenant la météorologie et la géologie médicales, les lois statistiques de la population et de la mortalité, la distribution géographique des maladies et la pathologie comparée des races humaines**. Paris, J.-B. Baillièere et fils. 1857.

BOUDIN, J. C. **Essai de géographie médicale**. Paris, J.-B. Baillièere. 1843

CANGUILHEM, G. **En historia de la fiebre amarilla**. México, CEMCA-UNAM. Prefacio. 1989.

CAPONI, S. **Sobre la aclimatación: Boudin y la geografía médica**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.13-38, ene.- mar. 2007.

COSTA, M. C; TEIXEIRA, M.G. C. **A concepção de “espaço” investigação epidemiológica**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 271-279, 1999.

DUTRA, D. A. **Geografia da Saúde no Brasil: Arcabouço Teórico Epistemológicos, Temáticas E Desafios**. Paraná: Universidade Federal do Paraná. Tese, 2011. p. 191

EDLER, F. **De olho no Brasil: a geografia médica e a viagem de Alphonse Rendu**. História, Ciências, Saúde Manguinhos, vol. VIII (suplemento), 925-43, 2001.

FERREIRA, M. E. “**Doenças Tropicais**”: o clima e a saúde coletiva. Alterações climáticas e ocorrência de malária na área de influência do reservatório de Itaipu, PR. Terra Livre, SP: ano 19, v. I, nº 20, jan./jul. 2003.

FERREIRA, M. U. **Epidemiologia e Geografia: O Complexo Patogênico de Marx Sorre**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 7, n. 3, p. 301-309, jul.set. 1991.

FOUCAULT, M. ‘**Questions on geography**’. Em: C. Gordon (org.). Power/knowledge: selected interviews and other writings 1972-1977. Nova York, Pantheon, pp. 63-77.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal. 1979.

GEORGE, P. **Os Métodos da Geografia. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1972**.

GLACKEN, C. **Traces on the Rhodian Shore: Nature and Culture in western thought from ancient times to the end of the Eighteenth Century**. Berkeley/London: University of California Press, 1990. 763p.

GUIMARÃES, R. B. **Regiões de saúde e escalas geográficas**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, 2005.

JUNQUEIRA, R. D. **Geografia Médica e Geografia da Saúde**. Hygeia 5(8):57-91, Jun/2009

LACAZ, C. S. Conceituação, atualidade e interesse do tema, súmula histórica. In: LACAZ, et al. **Introdução à geografia médica do Brasil. São Paulo: EDUSP, 1972. 568p**.

LEMONS, J. C.; LIMA, S. C. **A geografia médica e as doenças infectoparasitárias**. Caminhos de Geografia. Vol 3, n. 6, jun/ 2002. Instituto de Geografia da UFU. 2002. 86p.

LEWINSOHN, R. **Três Epidemias: Lições do passado**. Campinas/SP: UNICAMP, 2003.

MAY, J. ‘**Medical geography: its material and methods**’. Geographical Review, 9, 1950 p. 41.

MEADE, M. (org.) et al. **Medicalg**. Nova York, The Guilford Press.1988.

MAZETTO, F.; BARCELLOS, C. (org.) **A Geografia e o contexto dos problemas de Saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008, (Saúde Movimento; n. 6). Pág. 17-33.

MAZETTO, F. **Geografia da Saúde e a Abordagem Humanística**. Anais do III Simpósio Nacional de Geografia da Saúde e II Encontro Luso-brasileiro de Geografia da Saúde. Curitiba de 08 a 11 de outubro de 2007. (CD-Rom).

MENDONÇA, F. **Clima e criminalidade: Ensaio analítico a respeito da relação entre a temperatura do ar e a incidência da criminalidade urbana**. Curitiba/PR: Editora da UFPR, 2001.

MORAES, A. C. R. e COSTA, W. M. da. **Geografia Crítica: a valorização do espaço. São Paulo:** Hucitec. 1984.

NOSSA, P. Linhas de Investigação na Geografia da Saúde e a Noção Holística da Saúde. **A Geografia e o contexto dos problemas de saúde.** BARCELLOS, C. (Org.), 2005.

PORTO, C. de M. **Difusão de Ciência Brasileira na Internet: sugestão de uma tipologia.** VIII Encontro Nacional de Ensino e Pesquisa em Informação, Salvador. vol. 1, 1-11. 2008.

PEITER, P. C. **Geografia da Saúde na Faixa de Fronteira Continental do Brasil na Passagem do Milênio.** Tese de Doutorado – Universidade Federal do Rio de Janeiro, IGEO/PPGG. Rio de Janeiro. UFRJ/IGEO/PPGG, 2005.

PESSOA, S. **Ensaio sobre a distribuição geográfica de algumas endemias parasitárias no estado de São Paulo.** Arquivos de Higiene, vol. 11, nº 2, 1941.pp. 7-25.

PESSOA, S. **Ensaio Médico-Sociais.** 2. ed. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1978.

PRESIDENTE TANCREDO NEVES. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021.** Prefeitura Municipal de Presidente Tancredo Neves, Secretaria Municipal de Saúde, 2018. p. 57.

REBELO, F. **A travessia: imigração, saúde e profilaxia internacional (1890-1926).** [Tese] (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2010. p.298.

ROJAS, L. I. **Geografía y salud. Temas y perspectivas en América Latina.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.14, n., p. 701-711, out./dez. 1998.

SANTOS, Mi. **A natureza do espaço. São Paulo,** Hucitec, 1996.

SOUZA, C. G. e SANT'ANNA NETO, J. L. **Geografia da saúde e climatologia médica: ensaios sobre a relação clima e vulnerabilidade.** Uberlândia/MG: Hygeia 3(6):116-126, Jun/2008.

VIEITES, R. G. **Interações Espaciais na Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro com base na infraestrutura ambulatorial e hospitalar, referentes ao ano 2000.** 88 f. Monografia (Graduação em Geografia) - Instituto de Geografia/Dep. De Geografia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2003.

A

Adolescência 132, 133, 134, 139

B

Biodiversidade 96, 98, 99

C

Ciência geográfica 39, 43, 45, 48

Coberturas vacinais 78, 81, 84

Controle de qualidade 141, 145, 146

D

Deficiência visual 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139

Desmatamento 42, 87, 88

Determinantes sociais 103

E

Educadores para a saúde 134

Efeitos biológicos 99

Envelhecimento 64, 65, 66, 67, 68, 69, 72, 74, 75, 98, 99, 114

Estudo de estabilidade 140, 141, 142, 143, 145, 146

Evolução histórica 1, 2

F

Floresta Amazônica 96, 98

Focos de calor 86, 87, 88, 89, 91, 92, 93, 94

Fronteira agrícola 88

G

Gênero 46, 63, 64, 65, 66, 67, 71, 72, 74, 103, 118

Geografia 33, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 58, 59, 60, 61, 62, 114, 120

Geografia Colonial 41

Geografia médica 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 58, 59, 61

Guarda Civil Municipal 124, 129, 130

I

Imunização 76, 77, 78, 79, 80, 81, 83, 85

Incêndio florestal 88, 89, 90

Inclusão social 135

M

Ministério da Saúde 14, 39, 54, 63, 65, 66, 67, 68, 70, 72, 73, 78, 81, 84, 104, 115, 119, 120, 121, 124, 130, 134, 145, 146

Morbimortalidade por acidentes 103

N

negligência 64

P

Política Nacional de Promoção da Saúde 123

Política Nacional de Saúde do Trabalhador 123, 130

Políticas setoriais 2

População idosa 64, 69, 71

Problemas sanitários 6

Programa de imunização 80

Propriedades farmacológicas 97

Q

Qualidade de vida 1, 2, 31, 33, 44, 68, 69, 70, 75, 114, 118, 120, 123, 133, 135, 136, 139

S

Saneamento 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 45

Saúde do homem 63, 64, 65, 72, 73

Saúde do trabalhador 102, 103, 105, 107, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 125, 128, 129, 130

Sexualidade 63, 64, 65, 66, 67, 68, 70, 72, 73, 74, 75, 132, 133, 134, 135, 136, 138, 139

Síndrome Respiratória Aguda Grave 141

Sistemas de informação em saúde 104, 121

Sistemas de saneamento 6, 8, 13, 18, 27, 31

T

Trabalho em saúde 124

V

Vacinação 45, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 136

Z

Zoneamento de risco de incêndio 90, 91

